

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

**GERMANA MARA DE LIMA FREIRE**

**FATORES QUE DIFICULTAM  
A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR INFANTIL**

**JOÃO PESSOA/PB  
2015**

GERMANA MARA DE LIMA FREIRE

FATORES QUE DIFICULTAM  
A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como parte das atividades curriculares obrigatórias para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Teixeira Lima

JOÃO PESSOA/PB  
2015

F866fFreire, Germana Mara de Lima.

Fatores que dificultam a alimentação complementar infantil/ Germana Mara de Lima Freire. - - João Pessoa: [s.n.], 2015.

37f.: il. -

Orientador:Roberto Teixeira Lima.  
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Alimentação complementar.2. Lactente.

BS/CCS/UFPB      CDU: 613.2.032.33(043.2)

GERMANA MARA DE LIMA FREIRE

FATORES QUE DIFICULTAM  
A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como parte das atividades curriculares obrigatórias para obtenção do título de Bacharel em Nutrição, na área de concentração em Nutrição Materno-Infantil.

Aprovado em 27 de fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

---

Profº. Drº. Roberto Teixeira de Lima - Orientador/UFPB

---

Profª. Ma. Ilka Maria Lima de Araújo - Membro Examinadora/UFPB

---

Profª. Ma. Sônia Cristina Pereira de Oliveira - Membro Examinadora/UFPB

JOÃO PESSOA/PB  
2015

Aos meus pais, Germano Jr. e Mércia, aos meus avós, Germano, Iêda, Antônio e Lila, ao meu noivo, Igor, e aos meus irmãos, Guilherme, Géssica e Geísa, por serem a mola que impulsiona meus pés a alcançarem o fim de cada ciclo em minha vida,

Dedico.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por ter me dado o dom da vida e me concedido coragem e sabedoria ao longo desse percurso.

Aos meus pais e avós por terem confiado em mim e me dado todas as condições para que o fim dessa etapa fosse alcançado com sucesso.

Ao meu noivo, Igor, por toda a paciência emanada ao longo desses anos. Pelas vezes que me encorajou a continuar nessa batalha e por ter me mostrado a cada dificuldade que eu era capaz.

Aos meus irmãos, amigos e demais familiares, que entenderam cada ausência pela sobrecarga de atividades dessa jornada.

Às amizades construídas diariamente ao longo da vida universitária, que se fortaleceram a cada atividade dentro e fora da sala de aula, a cada trabalho compartilhado, em cada estágio... a cada superação. Em especial à Layse Moura, Amanda Maia, Mirela Ribeiro, Izabel Kamilla, Tamires Sena, Talita Rabelo, Jéssica Vick que estiveram ao meu lado nos momentos mais felizes dessa caminhada.

À todas as pessoas que tive a oportunidade de conhecer ao longo dos estágios.

Aos meus mestres, que ao longo dessa graduação reforçaram meus vínculos com a nutrição e serviram de inspiração e motivação para minha formação. Em especial ao professor e orientador Roberto Teixeira Lima, por todos os conselhos e direcionamentos.

## RESUMO

Considera-se que a partir do sexto mês de vida, apenas o leite materno não é suficiente para a nutrição adequada da criança, o que se torna necessário à introdução de outros alimentos de forma complementar, para potencializar o seu desenvolvimento saudável, como também para suprir suas necessidades energéticas, no que se define como alimentação complementar. Porém essa conduta nem sempre é seguida. Este estudo é motivado pela necessidade de apontar os fatores que dificultam a alimentação complementar adequada em crianças na primeira infância. Trata-se de um estudo transversal, epidemiológico, exploratório, envolvendo 100 mães e suas respectivas crianças com idade entre um e doze meses. Constatou-se que 47% das crianças apresentaram prática de alimentação complementar inadequada. Para explicar esta situação, as mães referiram como principais motivos: a recusa da criança (58,3%); a falta de tempo para preparar o alimento (25%); a praticidade em fazer o mingau em relação à alimentação salgada (16,7%). Chama a atenção que 80% das mães afirmaram receber orientações prévias sobre esse tema no serviço de saúde. Na casuística estudada o profissional médico e ele junto com outro profissional de saúde foram os principais profissionais de saúde envolvidos diretamente nesta orientação. Ressalta-se que apenas em 5,0% das crianças, foi referida a participação do profissional de nutrição.

**Palavras chaves:** Alimentação Complementar; Lactente.

## **ABSTRACT**

Considered that starting from the sixth month of life, just the maternal milk is not enough for the child's appropriate nutrition, which if it turns necessary to the introduction of other foods in a complementary way, to potentiate his/her healthy development, as well as to supply their energy needs, in what it is defined as complementary feeding. However that conduct not always it is proceeded. This study is motivated by the need of the factors that hinder the appropriate complementary feeding in children in the first childhood appearing. It is a study traverse, epidemic, exploratory, involving 100 mothers and their respective children with age between a and twelve months. It was verified that 47% of the children presented practice of inadequate complementary feeding. To explain this situation, the mothers referred as main reasons: the child's refusal (58,3%); the lack of time to prepare the food (25%); the practical of the made of the porridge in relation to the salty feeding (16,7%). he/she Gets the attention that 80% of the mothers affirmed to receive previous orientations on that theme in the service of health. In the studied casuistry the medical professional and he with other professional of health were the main professionals of health involved directly in this orientation. It is stood out that just in 5,0% of the children, the nutrition professional's participation was referred.

**Keywords:** Complementary feeding; Infant.



## **LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS**

**Quadro 1.** Caracterização das mães envolvidas no estudo, João Pessoa/PB, 2015.

**Quadro 2.** Caracterização das mães envolvidas no estudo e suas condições Socioeconômicas, João Pessoa/PB, 2015.

**Quadro 3.** Consumo alimentar infantil, João Pessoa/PB, 2015.

**Quadro 4.** Razões alegadas por mães de crianças de um a doze meses que não seguiam as normas do Ministério da saúde transmitidas no serviço para transição alimentar, João Pessoa/PB, 2015.

**Figura 1.** Adequação às normas de transição alimentar do Ministério da Saúde de crianças de 1 a 12 meses, atendidas num serviço de puericultura.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CONEP** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

**HULW** – Hospital Universitário Lauro Wanderley

**MS** – Ministério da Saúde

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**RN** – Recém Nascido

**WHO** – World Health Organization.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
2.1 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO INFANTIL.....	14
2.2 ALEITAMENTO MATERNO .....	15
2.3 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR .....	17
2.4 FATORES INTERVENIENTES NA ALIMENTAÇÃO INFANTIL .....	20
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>22</b>
3.1 CASUÍSTICA DO ESTUDO.....	22
3.2 COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS .....	22
3.3 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO .....	22
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A alimentação saudável, particularmente no início da primeira infância, compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados em caráter complementar. Sendo assim, o leite materno é considerado o melhor alimento para satisfazer às necessidades do lactente, e recomenda-se que seu consumo seja mantido de forma exclusiva até os primeiros seis meses de vida (MAHAN, 2012).

O aleitamento materno é a primeira prática alimentar a ser estimulada para a promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de muitas doenças, pois transcendem o período de sua prática, repercutindo na vida adulta (MENDONÇA, 2010).

Segundo Torquato (2008), o ato de amamentar é considerado uma das práticas fundamentais para a promoção e proteção da saúde infantil em todo o mundo. O leite humano é considerado superior em relação aos demais, por possuir propriedades nutricionais e imunológicas, fácil digestibilidade e ausência de substâncias alergênicas, além de proporcionar benefícios econômicos e psicossociais, devido ao seu baixo custo e a melhoria da interação mãe-filho.

Durante os primeiros dias de vida, o bebê que é amamentado recebe o colostro, um líquido amarelo transparente que supre as necessidades da criança durante a primeira semana. O colostro é uma excelente fonte de fatores imunológicos e possui maiores concentrações de proteínas, sódio, potássio e cloro do que o leite maduro, porém contém menos gordura e carboidrato.

Muitos estudos mostram que existe uma deficiência de conhecimento por parte das mães a respeito da amamentação e isso contribui de certa forma para a realização, por parte das mesmas, de ações consideradas inadequadas e prejudiciais para a saúde da criança. Torquato (2008) reforça ainda, a idéia da adoção de estratégias educacionais de saúde direcionadas à promoção e apoio ao aleitamento materno, com o intuito de reduzir o desmame precoce, o qual é recorrente em muitos trabalhos que abordam esta temática.

A proteção do leite materno contra mortes infantis é maior quanto menor é a criança. Assim, a mortalidade por doenças infecciosas é seis vezes maior em crianças menores de 2 meses não amamentadas, diminuindo à medida que a criança cresce, porém ainda é o dobro no segundo ano de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A introdução de alimentos sólidos na dieta infantil é o início do processo de transição alimentar de dieta baseada apenas no leite humano ou fórmula para uma dieta mais variada, sendo assim, deve ser feita de forma gradual e baseada na taxa de crescimento e no desenvolvimento das habilidades da criança, onde os novos alimentos devem ser escolhidos cuidadosamente para complementar as necessidades nutricionais, promover o consumo adequado de nutrientes e manter o crescimento, sem a exclusão da amamentação.

Quando a transição alimentar é feita precoce, tardia ou de maneira inadequada, a criança poderá apresentar carências nutricionais e futuros problemas de saúde, como por exemplo, as doenças crônicas não transmissíveis, que são um reflexo dos hábitos alimentares e estilo de vida.

A introdução de alimentos em crianças na primeira infância, necessários para o seu desenvolvimento, nem sempre são feitas com facilidade, devido a fatores que interferem e acabam dificultando a transição alimentar adequada, comumente acarretando futuros problemas metabólicos, tais como desnutrição, obesidade e anemia.

Tendo em vista que, a partir do sexto mês de vida, apenas o leite materno não é suficiente para a nutrição adequada da criança, torna-se necessária a introdução de alimentos para ajudar no seu desenvolvimento saudável, como também para suprir suas necessidades energéticas. Porém essa conduta nem sempre é seguida pela maioria das mães. Este estudo é motivado pela necessidade de apontar os fatores que influenciam na transição alimentar em crianças na primeira infância, uma vez que esta temática é recorrente na prática clínica dos serviços de saúde na atenção à mulher e à criança.

Daí a finalidade deste estudo estar definido por, em primeiro plano, Identificar os fatores que dificultam a adequada transição alimentar em crianças na faixa etária

de 0 a 12 meses; e em segundo plano, identificar as práticas de alimentação infantil, a partir de informações das mães/responsáveis/cuidadoras das crianças, referente ao consumo alimentar destas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO INFANTIL

A alimentação da criança, desde o nascimento e nos primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo de toda a vida, a mesma é considerada um dos fatores mais importantes para a saúde da criança. Nesta fase, além de suprir as necessidades nutricionais, também é uma das principais formas de contato com o mundo externo. A fase pré-escolar é um período decisivo na formação de hábitos alimentares, que tendem a continuar na vida adulta, por isso a importância de estimular o consumo de uma alimentação variada e equilibrada (BERNART; ZANARDO, 2011). Principalmente no 1º ano de vida, a alimentação é fator determinante na saúde da criança. Por isso, é importante conhecimento correto e atualizado acerca do assunto. As fases iniciais do desenvolvimento humano são influenciadas por fatores nutricionais e metabólicos levando a efeitos de longo prazo na programação metabólica da saúde na vida adulta.

Para o recém-nascido, é importante a adoção de práticas adequadas para uma alimentação saudável. Essas práticas são aquelas que fornecem uma quantidade de alimentos adequados para suprir os requerimentos necessários ao desenvolvimento biológico infantil, que protegem as vias aéreas da criança contra aspiração de substâncias estranhas durante o processo da prática alimentar e que não excedem a capacidade funcional do trato gastrointestinal e do sistema renal da criança. O aleitamento materno é a primeira prática alimentar da criança, sendo seguido da alimentação complementar infantil (FIOCRUZ, 2003).

A formação dos hábitos alimentares inicia-se com a herança genética que interfere nas preferências alimentares, que sofre diversas influências do ambiente: o tipo de aleitamento recebido nos primeiros seis meses de vida; a forma como os alimentos complementares foram incluídos no primeiro ano de vida; experiências positivas e negativas quanto à alimentação ao longo da infância; hábitos familiares e condições socioeconômicas, entre outros (RIGO et al., 2010).

## 2.2 ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é fundamental para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida, por ser um alimento completo, fornecendo inclusive água, possuindo fatores de proteção contra infecções comuns da infância, por ser isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo da criança. O ato de amamentar é importante para desenvolver e aprofundar as relações afetivas entre mãe e filho e dar a ele a segurança necessária durante o seu desenvolvimento físico e psicológico. Crianças amamentadas apresentam-se mais seguras na idade escolar (MENDONÇA, 2010).

Segundo Lamounier, Vieira e Gouvêa (2001), devido a recém-nascidos, nos seis primeiros meses de vida, apresentarem uma maior vulnerabilidade aos processos infecciosos, o leite materno oferece, através de seus componentes solúveis e insolúveis, propriedades antiinfecciosas, protegendo-os de doenças como infecções do aparelho respiratório, otites, enterocolite necrotizante, doença de Crohn, doença Celíaca, meningites, diarreias, dentre outras.

Torquato (2008) observa outro benefício do aleitamento materno, o qual consiste na economia oferecida por este tipo de alimento, quando comparada a uma alimentação baseada em fórmulas infantis e aos custos associados às patologias relacionadas ao aleitamento artificial. Portanto, ao repassarem informações às mães e familiares a respeito dos benefícios do aleitamento materno, os profissionais de saúde devem agregar às outras informações, as vantagens do baixo custo do leite materno.

Além dos benefícios nutricionais, imunológicos e socioeconômicos relatados anteriormente, o estudo de Smith et al (2003) constatou uma contagem de testes mais altas para as medidas de função cognitiva, relacionadas à habilidade verbal, motora e visual do espaço em crianças que foram diretamente amamentadas com leite materno quando comparadas àquelas que não receberam este tipo de alimentação.

As mães também se beneficiam da amamentação. Um dos benefícios contemplados na prática da amamentação para a saúde materna se evidencia no



estudo de Thomas, Rosenblatt e Ray (2001), a respeito da proteção contra o desenvolvimento do câncer de mama. O estudo de Parker (2001) enfatiza não apenas os benefícios da lactação sobre este tipo de câncer, mas também como elemento preventivo das neoplasias de ovário e da hemorragia no pós-parto.

A lactação também desempenha um papel importante no processo de contracepção. Torquato (2008) relata que a duração da amenorréia e do período ovulatório no pós-parto está diretamente relacionada com a frequência e a duração das mamadas.

Atrelado a todas as vantagens e benefícios do aleitamento materno, destaca-se também, a influência positiva do ato de amamentar no fortalecimento do vínculo afetivo entre a díade (TORQUATO, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendava o aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro a seis meses de vida. No entanto, há pediatras que defendem a amamentação exclusiva além desse período (WHO, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2004).

Não existe necessidade da introdução precoce de outros alimentos, que não o leite humano na dieta da criança, pois o sistema digestivo e o sistema renal dela, antes dos seis meses, ainda são imaturos, o que limita a sua habilidade em manejar alguns componentes de alimentos diferentes do leite humano. As necessidades nutricionais do lactente não são supridas só com o leite materno a partir dos seis meses, onde a maioria das crianças com essa idade, atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) o qual a habilita a receber outros alimentos que não o leite materno. (MENDONÇA, 2010)

Kennedy (2005) diz que vários estudos sugerem que a duração da amamentação na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente. Segundo a WHO (2000), o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida. Estima-se que dois copos (500 ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de

proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas.

## 2.3 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Alimentos complementares são quaisquer alimentos que não o leite humano oferecido à criança amamentada. Sendo este um processo de introdução de alimentos líquidos e sólidos na dieta da criança, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que ocorra aos seis meses, complementando o aleitamento, e que se prolongue desta forma até os 2 anos de idade (BRASIL, 2002b). Os alimentos complementares podem ser oferecidos tanto antes como após a mamada no seio.

Dias, Freire e Franceschini (2010) relatam que a alimentação complementar adequada deve conter alimentos ricos em energia e micronutrientes, sem contaminação, sem excesso de sal ou condimentos, deve-se evitar alimentos industrializados, em quantidade apropriada, a partir de alimentos de fácil preparação, utilizados pela família, de consistência adequada e de custo aceitável. Deve ser feito um planejamento da refeição de sal, contemplando alimentos dos grupos de cereal ou tubérculos, alimento fonte de proteína animal, leguminosas e hortaliças.

Os novos alimentos devem ser introduzidos de forma gradual, sendo um de cada vez, com intervalos de três a sete dias, podendo assim, ser identificada alguma possível reação alérgica ao alimento. Em famílias com histórico de alergias alimentares, deve-se evitar o consumo de alimentos como glúten, ovos, peixes e castanhas, em crianças menores de um ano (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

Em geral, alimentos desconhecidos tendem a ser rejeitados por crianças, o que não deve ser interpretado precocemente como aversão permanente ao alimento, pois em média são necessárias oito a dez exposições para que o alimento seja aceito e incorporado à dieta infantil. Por decorrer de um processo de aprendizagem, a criança acaba preferindo os alimentos, os quais são oferecidos

com maior frequência. Sendo assim, para uma maior aceitação de uma alimentação variada, a criança deve ser exposta, em tempo oportuno, aos diferentes tipos de alimentos ainda no primeiro ano de vida (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010).

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS, 2001) recomenda que o aleitamento materno exclusivo seja feito até os seis meses de vida, pois o leite materno supre todas as necessidades da criança até esta idade, e confere proteção contra doenças. Após esse período tem por objetivo principal, aumentar o aporte energético e de micronutrientes. Quando a introdução de alimentos é feita antes deste período, ocorre o processo de transição alimentar precoce.

Monte e Giugliani (2004) relatam que uma menor duração da amamentação exclusiva não protege o crescimento da criança tão bem quanto a amamentação exclusiva por seis meses e não melhora o crescimento da criança. Após os seis meses, a substituição de leite materno pelos alimentos complementares é menos importante.

Monte e Giugliani (2004), analisando a transição alimentar precoce, encontraram vários estudos realizados tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como em países industrializados, onde mostravam que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação para as crianças.

Quando se trata do ponto de vista nutricional, a introdução precoce dos alimentos complementares apresentam desvantagens, isto porque, além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a frequência da amamentação é mantida, muitas vezes são nutricionalmente inferiores ao leite materno. Além disso, ela pode diminuir a duração do aleitamento materno, como também interferir na absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Lofgren (2008) verifica a existência de um dado muito importante a ser considerado na introdução precoce de alimentos complementares que é a influencia familiar, positiva ou negativamente, na manutenção do aleitamento materno

exclusivo até os seis meses. Onde muitas vezes há a intervenção das avós, pois muitas delas alegam que a criança precisa de água, chás e outros leites, e por sua vez, as mães acabam abandonando cedo o aleitamento materno. Outro dado a se considerar que também acaba interferindo são as crenças e os tabus, que acabam influenciando no aleitamento materno, na sua manutenção e interrupção. Ocorrendo assim, em determinados casos, a interrupção da amamentação e introdução precoce de alimentos complementares.

Desde o nascimento e nos primeiros anos de vida, a alimentação da criança repercute ao longo de toda a vida do indivíduo. Sendo assim, é de fundamental importância, a adequação nutricional dos alimentos oferecidos para as crianças após o sexto mês de vida, isto porque, os nutrientes que compõe esses alimentos atuam na prevenção da anemia, sobrepeso e baixo peso.

Quando a introdução dos alimentos complementares é feita tardiamente, pode desfavorecer a criança, fazendo com que o seu crescimento fique lento e aumenta o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes. Lofgren (2008) diz que na transição alimentar tardia, observa-se que o consumo de carne é oferecido tardiamente, o que pode ocasionar uma carência de ferro e zinco, minerais importantes para evitar a anemia ferropriva e fortalecer o sistema imunológico.

Segundo Torquato (2008), as políticas de incentivo ao aleitamento materno têm envolvido diversas ações de promoção e proteção com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças.

Estudos mostram que a melhoria da dieta infantil causa impacto positivo no crescimento da criança. Diante disso, o aconselhamento nutricional torna-se um grande aliado em estudos de intervenção alimentar infantil, ajudando não só em seu crescimento, como também a melhora das práticas maternas, da dieta infantil, além disso ajuda a reduzir as taxas de anemia e a melhorar o desempenho dos profissionais (MONTE, 2004).

O Ministério da saúde com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tomou a iniciativa, no período de 1998 a 2002, de elaborar um guia de recomendações alimentares para crianças menores de dois anos, objetivando uma promoção da alimentação complementar saudável. Este trabalho contou com a

participação de cerca de 300 profissionais da saúde e nutrição de todo o país e foi embasado em diagnóstico prévio da situação alimentar e nutricional das crianças nessa faixa etária e nos resultados de um estudo nacional qualitativo sobre as práticas maternas de alimentação de menores de dois anos realizado na ocasião. O conjunto de recomendações foi denominado de “Os 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de dois anos e está sendo implementado em todo o país desde 2002 ( Anexo 1).

## 2.4 FATORES INTERVENIENTES NA ALIMENTAÇÃO INFANTIL

A participação afetiva dos pais como educadores, envolve o padrão alimentar da criança, determinando quase sempre, o seu comportamento alimentar. Este comportamento é influenciado principalmente pela família que a criança esta inserida, e posteriormente por interações psicossociais e culturais que a envolve. O contexto social o qual a criança está inserida é de grande importância na sua alimentação, pois afeta sua experiência alimentar, influencia seus padrões alimentares e seu desenvolvimento socioemocional (SANTOS et al, 2009).

A família é responsável pela cultura alimentar, escolhas alimentares, quantidade e qualidade dos alimentos e o tempo e o intervalo para comer. Sendo assim, o contexto familiar assume a sua importância na inserção da alimentação complementar, tendo em vista as crenças e saberes que são adquiridos historicamente, a interação com os profissionais que assistem a criança e família, a interação e afetividade com a criança, além de fatores econômicos que influenciam na aquisição de alimentos para suprimento da família (SANTOS et al, 2009).

Para uma orientação alimentar segura, é necessário que o educador nutricional conheça e saiba lidar com as percepções e crenças da família acerca da saúde e nutrição da criança. Isto é um importante aspecto a ser considerado e, devem respeitar e considerar estas percepções e crenças, sem combatê-las, sendo assim, o processo de educação nutricional terá efeitos positivos.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 CASUÍSTICA DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo de caráter transversal, epidemiológico, exploratório, formado por 100 mães de crianças entre um e doze meses que haviam iniciado transição alimentar, as quais foram solicitadas a participar do estudo antes da consulta. Elas eram usuárias do serviço de puericultura do ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley, constituindo uma casuística, por conveniência de livre demanda.

#### **3.2 COLETA E PROCESSAMENTOS DOS DADOS**

Foi aplicado junto às mães, um questionário (Apêndice 2) com perguntas voltadas para a prática do consumo alimentar infantil, com fins do alcance dos objetivos propostos. Esta atividade foi desenvolvida no período de Dezembro de 2014 a Janeiro de 2015.

Os dados coletados constituíram um banco de dados, onde foram processados por meio de aplicativos de informática básica (Word for Windos, planilha Excell), além de análise simples (valores absolutos e relativos) sobre as dificuldades encontradas. As crianças foram classificadas quanto à adequação às normas do Ministério da Saúde para transição alimentar.

#### **3.3 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO**

O presente estudo foi previamente submetido à análise pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, com a finalidade de observar os aspectos éticos deste envolvendo seres humanos. Foi aprovado no dia 11 de Dezembro de 2014.

As mães, como responsáveis das crianças, foram convidadas a participarem do estudo, sendo informadas do que se tratava e qual o seu objetivo. Foram devidamente esclarecidas sobre quais os procedimentos do estudo que envolveram as suas respectivas crianças, ao tempo em que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), mediante o que preconiza a Resolução CONEP/MS Nº 466/2012. Durante este período também foi dado orientações a respeito do aleitamento materno e alimentação complementar.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que a maioria das mães (42%) tinham como nível de escolaridade, o ensino médio completo, 17% delas tinham o ensino fundamental incompleto e 14% o fundamental completo, ou seja, a maioria das mães tinham acesso a algum tipo de informação e nenhuma mãe deste estudo foi caracterizada na opção sem escolaridade (Quadro 1).

No que se refere ao grau de instrução materna, muitos estudos têm demonstrado que esse fator afeta a motivação para o amamentar. Em muitos países desenvolvidos, mães com maior grau de instrução tendem a amamentar por mais tempo, talvez pela possibilidade de um maior acesso a informações sobre as vantagens do aleitamento materno. Já em países em desenvolvimento, as mães de classes menos favorecidas, também menos instruídas, frequentemente não casadas, começam o pré-natal mais tarde e, conseqüentemente, se preocupam em decidir sobre a forma do aleitamento também mais tarde.

No Brasil, as mulheres de baixa renda foram as que menos procuraram os serviços de pré-natal e que tiveram um menor número de consultas, além de iniciá-lo mais tardiamente, resultando num menor índice de aleitamento materno entre elas. A partir do sexto mês a prevalência do aleitamento materno se inverte, sendo maior entre as mais pobres, fato talvez explicado por razões de dificuldades econômicas, que impedem a complementação com outros alimentos ou, até mesmo, com outros tipos de leite (FALEIROS et al., 2006).

Também foi verificado que a maioria delas (72%) eram casadas, 27% solteiras e apenas 1 desquitada, ou seja, a maioria delas tinham um companheiro para ajudar nas despesas da casa e/ou com a criança (Quadro 1). Segundo o estudo de Faleiros et al. (2006), o fato de as mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, especialmente do marido ou companheiro, parece exercer uma influência positiva na duração do aleitamento materno e alimentação complementar. Tanto o apoio social e econômico, como o emocional e o educacional parecem ser muito importantes, sendo o companheiro a pessoa de maior peso nesses diferentes tipos de apoio.

Em relação à orientação recebida sobre aleitamento materno e alimentação complementar durante o pré natal e consultas na puericultura, 80%



delas afirmaram que receberam orientação a respeito, e dessas 80, a maioria (27%) relatava que tinha recebido orientação do médico, 10% dizia ter recebido do médico + outro profissional, 7% do enfermeiro, 5% do nutricionista, e as demais não sabiam especificar e diziam ter sido de profissionais de saúde.

Os relatos das mães em relação às orientações (80%) não condizem com o percentual de inadequação (47%, Gráfico 1) à dieta encontrado no estudo, mesmo em se tratando de um serviço em que as orientações repassadas seguem as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Isso quer dizer que mesmo recebendo as orientações algumas das mães não seguem o que lhes foi orientado.

Faleiros et al. (2006) relatam no estudo que pesquisas mostram que, embora a maioria dos pré-natalistas aconselhe o aleitamento materno às mães que ainda não se decidiram, poucos falam sobre o assunto no primeiro trimestre e muitos recomendam a complementação com fórmulas lácteas. Com isso, infelizmente, o próprio profissional de saúde, entre eles o médico, pode contribuir com suas próprias atitudes para o desmame precoce. Não se pode também descartar a possibilidade de que essas orientações, mesmo normatizadas, não estejam sendo repassadas às mães de maneira que elas as absorvam e tenham condições de praticá-las.

**Quadro 1.** Caracterização das mães envolvidas no estudo, João Pessoa/PB, 2015.

Variáveis	N=100	%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	17	17
Ensino Fundamental Completo	14	14
Ensino Médio completo	42	42
Estado civil		
Casada	72	72
Solteira	27	27
Desquitada	1	1

Em relação às características das mães (Quadro 2), observou-se que a idade média das 100 mães analisadas é de 27,5 anos, tendo como idade máxima 43 anos e mínima de 17 anos. Já a média da quantidade de filhos delas é de 1,8 filhos, chegando a quantidade maior de 6 filhos e a menor de 1 filho. Enquanto alguns autores consideram não haver uma associação significativa entre a idade materna e a duração do aleitamento materno outros, por sua vez, verificam que os filhos daquelas mães com mais idade mamam por mais tempo, exclusiva ou parcialmente, em relação aos filhos das mães mais jovens, especialmente quando estas tinham maior número de filhos e/ou história pregressa de sucesso em aleitamento materno.

Ao se traçar o perfil socioeconômico das famílias das mães entrevistadas, foi constatado que a média de salário delas eram de dois salários mínimos por família e a quantidade média de membros dessas famílias eram de 4,3 membros (Quadro 2).

Considerando que o processo de alimentação está intimamente relacionado com a presença e reciprocidade de emoções diversas, o ambiente onde a criança é alimentada deve ser entendido como agente de grande importância. Porém, garantir condições ambientais adequadas para essa prática nem sempre é uma tarefa simples para boa parte da população. Más condições de habitação e de higiene, bem como carência econômica, podem constituir fatores de influência negativa sobre a saúde da criança. Dessa forma, ao se deparar com uma criança que não esteja crescendo e se desenvolvendo normalmente, devem ser investigados os seus hábitos alimentares, as condições econômicas e sociais da família em que vive, bem como a maneira como é cuidada (SANTOS et al., 2007).

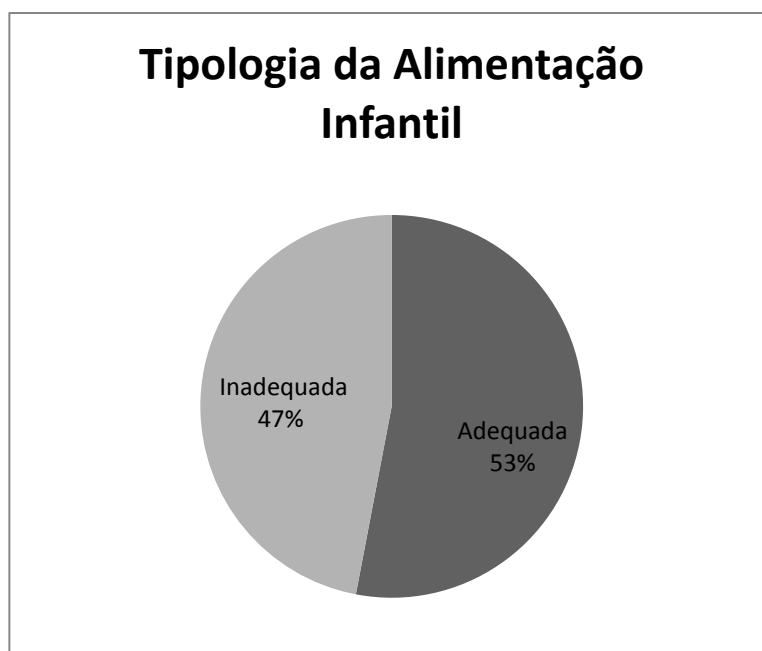
**Quadro 2.** Caracterização das mães envolvidas no estudo e suas condições socioeconômicas, João Pessoa/PB, 2015.

<b>Características da mãe</b>	<b>Máxima</b>	<b>Mínima</b>	<b>Média</b>
Idade	43	17	27,5
Quantidade de filhos	6	1	1,8
Renda da família	4 salários	1 salário	2 salários
Quantidade membros da família	10	2	4,3

Das 100 crianças avaliadas 48% eram do sexo feminino e 52% do sexo masculino. A média de idade no presente estudo foi de 5,6 meses, sendo a idade máxima de 12 meses e a mínima de 1 mês.

Na análise dos dados antropométricos o menor peso ao nascer encontrado foi de 805g e o maior de 4.950g, com uma média de peso ao nascer de 3,213g, constituindo um valor de 28% de baixo peso ao nascer. Em relação ao peso atual destas crianças, o menor peso encontrado foi de 2Kg e o maior de 17Kg, tendo uma média de peso atual de 6,7Kg.

Foi analisado o tipo de nutrição durante o tempo de vida da criança para avaliar se estava adequado ou não, levando em conta o que recomenda o Ministério da Saúde, ou seja, amamentar exclusivamente até o sexto mês, e a partir daí começar a alimentação complementar.



**Figura 1.** Adequação às normas de transição alimentar do Ministério da Saúde de crianças de 1 a 12 meses, atendidas num serviço de puericultura.

Conforme os resultados mostrados na figura 1, constatou-se que um pouco menos da metade das crianças não teve uma transição alimentar adequada às orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Em relação às práticas de amamentação, a OMS enfatiza que é muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno e que são

reconhecidas no mundo inteiro (WHO, 2007). Assim, o aleitamento materno é classificado em:

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Neste estudo, foi utilizado a definição de aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno complementado, onde dentro deste último conceito, incluímos o aleitamento materno predominante e o misto ou parcial, Conforme os resultados mostrados no Quadro 3, constatou-se que a maioria das mães (43%) realizam a prática do aleitamento materno complementado, 40% delas realizam o aleitamento materno exclusivo e 17% não amamentam. Sendo assim, 60% das crianças deste estudo já iniciaram a alimentação complementar, onde a maioria delas (67%) iniciaram no período igual ou superior aos 6 meses de vida e 33% iniciaram precocemente, ou seja, menor que 6 meses.

Das 100 mães entrevistadas, apenas 12 referiram alguma dificuldade sobre a prática de complementação alimentar, a maioria (48%) não sentiram nenhuma dificuldade e 40 ainda não iniciaram o processo, pois ainda estavam na prática de alimentação exclusiva. No Quadro 4 estão explicitadas as razões pelas quais as mães não seguem as orientações transmitidas no serviço, quanto à dieta de transição. Verificou-se que os principais motivos mencionados pelas mães para justificar o não seguimento das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para a transição alimentar foram: a não aceitação da criança (58,3%), a falta de tempo

para preparar o alimento (25%) e a comodidade do preparo/oferecimento do mingau em relação à alimentação salgada (16,7%).

Em relação à percepção das mães sobre a alimentação de seus filhos, a maioria delas (80%) a consideram adequada, e 77% diz que não mudariam nada na alimentação das suas crianças, ou seja, das que consideram a alimentação dos seus filhos adequadas, 3 delas mudariam algo. A percepção das mães quanto ao consumo alimentar adequado de seus filhos e o resultado analisado neste estudo não entram em acordo, já que, de acordo com os resultados deste estudo, 53% se encontram em adequação de acordo com o que recomenda o Ministério da Saúde, e não 80%, como dizem as mães (Quadro 3).

Diante disto, nota-se que algumas das mães provavelmente não obtiveram uma orientação de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde, já que a maioria (80%) foi orientada, 80% consideram a alimentação dos seus filhos adequada, porém apenas 53% são de fato adequadas de acordo com as recomendações do MS.

Faleiros et al. (2006) Relatam que apesar das deficiências no conhecimento sobre o assunto, profissionais da saúde mais experientes parecem fortemente convencidos do seu papel na promoção do aleitamento. A maioria acredita que o conselho do médico e de outros profissionais de saúde é um meio muito importante de aumentar as taxas de aleitamento materno, e refere que o desconhecimento de seus benefícios e das estratégias para a sua orientação se deve às poucas oportunidades de empregar as habilidades de aconselhamento durante os anos de formação.

Santiago et al. (2003) demonstraram que o grupo de pediatras com treinamento específico em aleitamento materno se equiparou às equipes multidisciplinares encarregadas dessas mesmas orientações. Obviamente, aquele profissional que tiver um embasamento teórico e técnico insuficiente terá maiores dificuldades na abordagem do assunto.

**Quadro 3.** Consumo alimentar infantil, João Pessoa/PB, 2015.

<b>Sobre o consumo alimentar infantil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de prática de Aleitamento Materno</b>		
Exclusiva	40	40
Complementar	43	43
Não amamenta	17	17
<b>Início de alimentação complementar</b>		
< 6 meses	20	33
≥ 6 meses	40	67
<b>Dificuldades para introdução de alimentação complementar</b>		
Não encontraram	48	80
Não aceitação de outro alimento (+Freq.)	10	17
<b>Alimentação da criança (pela percepção da mãe)</b>		
Adequada	80	80
Não adequada	20	20
<b>Mudança alimentar (pela percepção da mãe)</b>		
Mudaria	23	23
Não Mudaria	77	77

**Quadro 4.** Razões alegadas por mães de crianças de um a doze meses que não seguiam as normas do Ministério da saúde transmitidas no serviço para transição alimentar, João Pessoa/PB, 2015.

<b>Motivos</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Porque a criança não aceita	7	58,3
Não tem tempo para preparar o alimento	3	25
Preparar/ dar o mingau é mais fácil que o alimento salgado	2	16,7

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao que se é possível analisar de modo geral os dados indicam que um pouco mais da metade (53%) das mães realizam a prática alimentar adequada, de acordo com o que orienta o Ministério da Saúde, porém 33,7% delas não realizam a prática adequada, mas acreditam que estão realizando adequadamente porque receberam orientações e as seguem. Sendo assim, acredita-se que algumas provavelmente não estão sendo orientadas de forma correta.

Muitas vezes, os serviços e os profissionais de saúde enfatizam o aspecto biológico da amamentação, em detrimento de questões singulares da mulher, que podem incluir tanto emoções positivas quanto negativas em relação ao ato de amamentar. Portanto, é de fundamental importância que não se generalize a capacidade de amamentar, sem que antes se considerem as variáveis contextuais.

Em relação aos fatores que dificultam a transição alimentar adequada, nesse estudo apresentam poucos, mas que devem ser considerados. Embora os fatores citados pareçam explicar as causas da transição alimentar infantil inadequada, é possível sugerir outras razões que o expliquem, ligadas ao ambiente, à personalidade materna, às suas emoções, à relação com o marido e a família, às influências culturais e à sua resposta aos diferentes problemas do cotidiano. É relevante também o papel dos órgãos de comunicação e da indústria de alimentos infantis.

O presente estudo, por seu caráter descritivo exploratório, apresenta algumas limitações, não sendo suficiente para responder algumas questões sobre o assunto abordado, pois existem outros fatores, relacionados à alimentação da criança, que não foram focados no trabalho. O estudo deu ênfase à mãe, pela sua magnitude no cuidado com a criança.

Por fim, cabe, principalmente, aos profissionais de saúde a tarefa de garantir, a cada mãe, uma escuta ativa, ou seja, de saber ouvi-la, dirimir suas dúvidas, entendê-la e esclarecê-la sobre suas crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não o contrário.

## REFERÊNCIAS

- BERNART, A.; ZANARDO, V.P.S. Educação nutricional para crianças em escolas públicas de Erechim/RS. **Revista Eletrônica de Extensão da URI**. v.7, n.13, p.71-79, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual operacional: **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/nutricao>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual operacional: **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/nutricao>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2002a.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da criança: Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília, 2009. ( Caderno de Atenção Básica, nº 23)
- BRUNKEN, G.S.; SILVA, S.M.; FRANÇA, G.V.A.; ESCUDER, M.M.; Venâncio, S.I..Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **Jornal da Pediatria** (Rio J.) vol.82 no.6 Nov./Dec. 2006.
- DIAS, M.C.A.P.; FREIRE, L.M.S. (*in memoriam*); FRANCESCHINI, S.C.C..Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos.**Revista de Nutrição** vol.23 no.3 Campinas maio/jun., 2010.
- FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, E.M.C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.** Vol.19 nº5 Campinas Sept/Oct. 2006.
- FIUCRUZ- FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Programa Nacional de Qualidade em Bancos de Leite Humano**, Rio de Janeiro, 2003.
- KENNEDY, G.E.. From the ape's dilemma to the wealing's dilemma: early weaning and its evolutionary context. **J. Hum. Evol.**, [S.l.], v. 48, p. 123-45, 2005.
- LAMOUNIER, J.A.; VIEIRA, G.O.; GOUVÊA, L.C.. Composição do leite humano: fatores nutricionais. In: REGO, J.D.. **Aleitamento materno**. São Paulo: Atheneu, 2001. P. 47-58.
- LOFGREN, R.E.G.; Alimentação complementar no primeiro ano de vida: as recomendações e a prática. **Monografia de especialização**, Rio de Janeiro 2008.



MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. Krause – **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 13ªed. São Paulo, Roca, 2012.

MENDONÇA, R.T. Nutrição – **um guia completo de alimentação, práticas de higiene, cardápios, dietas e gestão**. 1ª ed. São Paulo: editora Rideel, 2010.

MONTE, C.M.G.; MUNIZ, H.F.; DANTAS, F. S.; Sá, M.L.B.; Ashwoth, A.; Valentine, S.; et al. **Os dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos**. Orientações práticas para as mães. Vitória, ES: Secretaria Municipal de Saúde; 2004.

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.J.. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, Supl., p. s131-s141, out./nov., 2004.

PARKER, L. Breast-feeding and cancer prevention. **European of Cancer**, v. 37, n. 2, p. 155-158, 2001.

RIGO, N.N.; et al.Educação Nutricional com Crianças residentes em uma associação beneficente de Erechim,RS. **Revista Eletrônica de Extensão da URI**. v.6, n.11: p.112- 118, Outubro/2010.

SALDIVA, S.R.D.M.; ESCUDER, M.M.; MORDINI, L.; LEVY, R.B.; VENÂNCIO, S.I.Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **Jornal da Pediatria** (Rio J.) v.83 n.1 jan./fev. 2007.

SANTIAGO L.B.; BETTIOL, H.; BARBIERI M.A.; GUTIERREZ, M.R.P.; Del CIAMPO, L.A. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. **J Pediatr**. 2003; 79(6):504-12.

SANTOS, C.S.; CORIOLANO, M.W.L.; SETTE, G.C.S.; LIMA, L.S. Alimentação complementar do lactente: subsídios para a consulta de enfermagem em puericultura. **Cogitare Enfermagem** 2010 Jul/Set; 15(3):536-4.

SILVA, L.M.P.; VENÂNCIO, S.I.; MARCHIONI, D.M.L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**, Campinas, 23(6):983-992, nov./dez., 2010.

SMITH, M.M.; DURKIN, M.; HINTON, V.; BELLINGER, D.; KUHN,L. Influence of Breastfeeding on Cognitive Outcomes at Age 6-8 Years: Follow-up of Very Low Birth Weight Infants. **American Journal of Epidemiology**.V.158, n.11, p. 1075-1082. 2003.

THOMAS, D.B.; ROSENBLATT, K.A.; RAY, R.M. RE: “breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study”.**American JournalofEpidemiology**, v. 154, n. 10, p. 975-977. 2001.

TORQUATO, I.M.B. O impacto das ações básicas de saúde na pratica do aleitamento materno. **Dissertação de mestrado**, João Pessoa/PB 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, [S.l.], v. 355, p. 451-5, 2000.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Fatores que Dificultam a Transição Alimentar em Crianças na Primeira Infância” com responsabilidade da pesquisadora Germana Mara de Lima Freire, sob a orientação do Prof. Dr. Roberto Teixeira Lima. O objetivo desse estudo é identificar os fatores que dificultam a alimentação em crianças de zero a doze meses de vida.

Este estudo seguirá a recomendação da CONEP (Resolução Nº 466/12), no que diz respeito à pesquisa com seres humanos, para isso você poderá ter todas as informações que quiser a respeito da pesquisa e poderá não participar da entrevista ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação voluntária no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

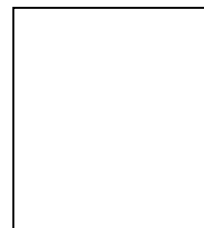
Não será realizado nenhum procedimento invasivo. Apenas faremos algumas perguntas por meio da aplicação de questionário, sobre como você realizou a amamentação e a introdução de alimentos em sua criança. Caso concorde em participar, por favor assine o termo abaixo.

Eu, \_\_\_\_\_, estou devidamente esclarecida sobre minha participação voluntária nesta pesquisa. E concordo, inclusive, que os resultados obtidos sejam divulgados, sendo meu anonimato pessoal garantido, e tenho conhecimento que poderei esclarecer minhas dúvidas a qualquer momento entrando em contato com a pesquisadora.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_

Assinatura da Participante



(Área para impressão dactiloscópica)

Pesquisador responsável: \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Roberto Teixeira Lima/ e Germana Mara de Lima Freire

CONTATOS: Aluna: Germana de Lima Freire. Fone (83) 8650-2250. E- mail: [germana.mlf@gmail.com](mailto:germana.mlf@gmail.com). Orientador: Prof. Dr. Roberto Teixeira Lima. Fone: 9888-8952. E-mail: [robtex@ibest.com.br](mailto:robtex@ibest.com.br)

Endereço do CEP/HULW. Comitê de Ética em Pesquisa. Hospital Universitário Lauro Wanderley. UFPB. 4º andar. Fone: 3216-7499. Campus Universitário da UFPB. João Pessoa/PB.

## APÊNDICE 2.

## QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Data da coleta: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Questionário de número: \_\_\_\_

## INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA

01 Idade: \_\_\_\_\_

02 Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

03 Qual o peso ao nascer? \_\_\_\_\_

04 Qual o peso atual? \_\_\_\_\_

05 Tipo de nutrição durante o tempo de vida:

---

---

---

06 Usa chupeta? Se sim, há quanto tempo?

---

07 Usa mamadeira? Se sim, há quanto tempo?

---

## INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

01 Idade: \_\_\_\_\_

02 Estado civil:

1( ) Solteira 2( ) Casada 3( ) Viúva 4( ) Desquitada

03 Escolaridade:

1( ) Sem escolaridade 2( ) Fundamental Incompleto

3( ) Fundamental Completo 4( ) Médio Incompleto

5( ) Médio Incompleto 6( ) Superior Incompleto 7( ) Superior Completo

## 04 Renda Familiar:

- 1( ) Menos de 1 salário mínimo      2( ) 1 ou 2 salários mínimos  
3( ) 3 ou 4 Salários mínimos      4( ) Mais de 4 salários mínimos

05 Qual o número de membros da família? \_\_\_\_

06 Quantos filhos você tem? \_\_\_\_

07 Você recebeu orientações sobre o aleitamento materno e alimentação complementar? De quem? Aonde?

---

---

---

08 Você amamenta? Se não, porquê? Se sim, de forma exclusiva ou faz uso de outros líquidos ou alimentos? Porquê?

---

---

---

---

09 Em que período você começou a introduzir alimentos complementares na alimentação do seu filho? Porquê?

---

---

---

10 Você sentiu alguma dificuldade em introduzir alimentos na alimentação do seu filho? Quais?

---

---

---

11 Você considera a nutrição do seu filho adequada? Porquê?

---

---

---

12 O que você mudaria na alimentação do seu filho? Porquê?

---

---

---

## ANEXO

QUADRO 1 - Os 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos

Passo 1	Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
Passo 2	A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.
Passo 3	Após 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.
Passo 4	A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.
Passo 5	A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; deve-se começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até se chegar à alimentação da família.
Passo 6	Oferecer à criança diferentes alimentos ao longo do dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
Passo 7	Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
Passo 8	Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
Passo 9	Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
Passo 10	Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando a sua aceitação

Fonte: Brasil/Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Série A. Normas e manuais técnicos no 107. Brasília, DF, Ministério da Saúde; 2002.